



Als prognostisch 2030 häufigster Erkrankung kommt depressiven Störungen eine besondere Bedeutung in Prävention und Behandlung zu, vor allem aufgrund der erheblichen Einschränkungen des psychischen und physischen Befindens und sozialer Bindungen sowie Arbeits- und Funktionsfähigkeiten. Orientiert an der internationalen Leitlinie der „World Federation of Societies of Biological Psychiatry“ (WFSBP), und insbesondere der S3-Leitlinie, die die evidenzbasierten Therapiestrategien am Stand des Wissens zusammenfasst, wird eine gründliche diagnostische Abklärung durch eine ärztliche Fachperson vorausgesetzt, um vier Grundelemente der psychiatrischen Akutbehandlung depressiver Episoden in der Gesamtbehandlung angemessen unter Berücksichtigung von klinischen Faktoren wie Symptomschwere, Erkrankungsverlauf und Patientenpräferenz einsetzen zu können (aktiv abwartende Begleitung, medikamentöse Behandlungen, psychotherapeutische Behandlungen, Kombinationstherapie). Besonders bedeutsam ist die Schweregradeinteilung, da etwa die NICE-Leitlinie 2009 [1] eine medikamentöse Behandlung vorrangig für mittelgradige bis schwere Depressionen empfiehlt, für leichtgradige Depressionen aktives Zuwarten für zwei Wochen, danach psychosoziale Interventionen. Es besteht breiter klinischer und wissenschaftlicher Konsens zur Notwendigkeit der Behandlung mittelschwerer und schwerer Depressionen mit Antidepressiva verbunden mit psychosozialen Interventionen in den Leitlinien der WFSBP [2] und der APA [3]. In der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ springt die generelle Empfehlung von Psychotherapie abhängig vom Schweregrad in Monotherapie

Kurt Stastka

Psychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital und Geriatriezentrum Favoriten, Wien, Österreich

Psychotherapie bei Depression

1. Teil

und Kombinationstherapie ins Auge (■ Abb. 1; [4]).

» Psychotherapie ist in der akuten Behandlung der unipolaren Depression sehr aufgewertet

Eine genauere Betrachtung der Kriterien und Umstände für die praktische Anwendung ist hilfreich.

Publikationsbias in der Psychotherapieforschung?

Zahlreiche Cochrane-Reviews bestätigen die Wirksamkeit von Psychotherapie. Weiterhin gelten folgende Psychotherapieverfahren in der Depressionsbehandlung als validiert:

- Verhaltenstherapie (VT) und
- kognitive Verhaltenstherapie (KVT),
- interpersonelle Psychotherapie (IPT),
- „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP),
- psychodynamische Kurzpsychotherapien [5].

Störungsspezifische Psychotherapieverfahren in Einzel- und Gruppensettings

wie KVT, IPT und CBASP erreichen eine Wirksamkeitsevidenz Grad Ia für die Behandlung leichter bis mittelgradiger Depressionen, die psychodynamische Kurzzeittherapie den Evidenzgrad Ib. In einer aktuellen Metaanalyse [6] findet sich allerdings kein Unterschied im Therapieergebnis zwischen KVT und psychodynamischer Kurzzeittherapie. Evidenzbasiert (Level Ia) zeigen sich KVT, IPT und antidepressive Pharmakotherapie bei leichten und mittelschweren Depressionen vergleichbar wirksam (■ Tab. 1). Bei Psychotherapien ist die längere Wirklatenz von bis zu 12 Wochen bei wöchentlichen Sitzungen zu bedenken.

Von Vorteil sind höhere Compliance-raten, bessere psychosoziale Ergebnisparameter und länger dauernde Effekte. In der Akuttherapie finden sich keine Wirksamkeitsvorteile einer Kombinationstherapie, bei schweren und chronischen Depressionen und in der Langzeitbehandlung ist die Kombinationsbehandlung jedoch wirksamer als die jeweilige Monotherapie.

Nach der ubiquitär empfohlenen Psychotherapie in der veröffentlichten S3-Leitlinie von 2009 sind verschiedene Studien erschienen, die den Einfluss von Pharmako- und Psychotherapie disku-

Tab. 1 Evidenzebenen bei Erstellung einer Leitlinie (EBM)

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 RCTs ^a
Ib	Evidenz aus mindestens einer RTC oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

^aRCTs randomized controlled trials

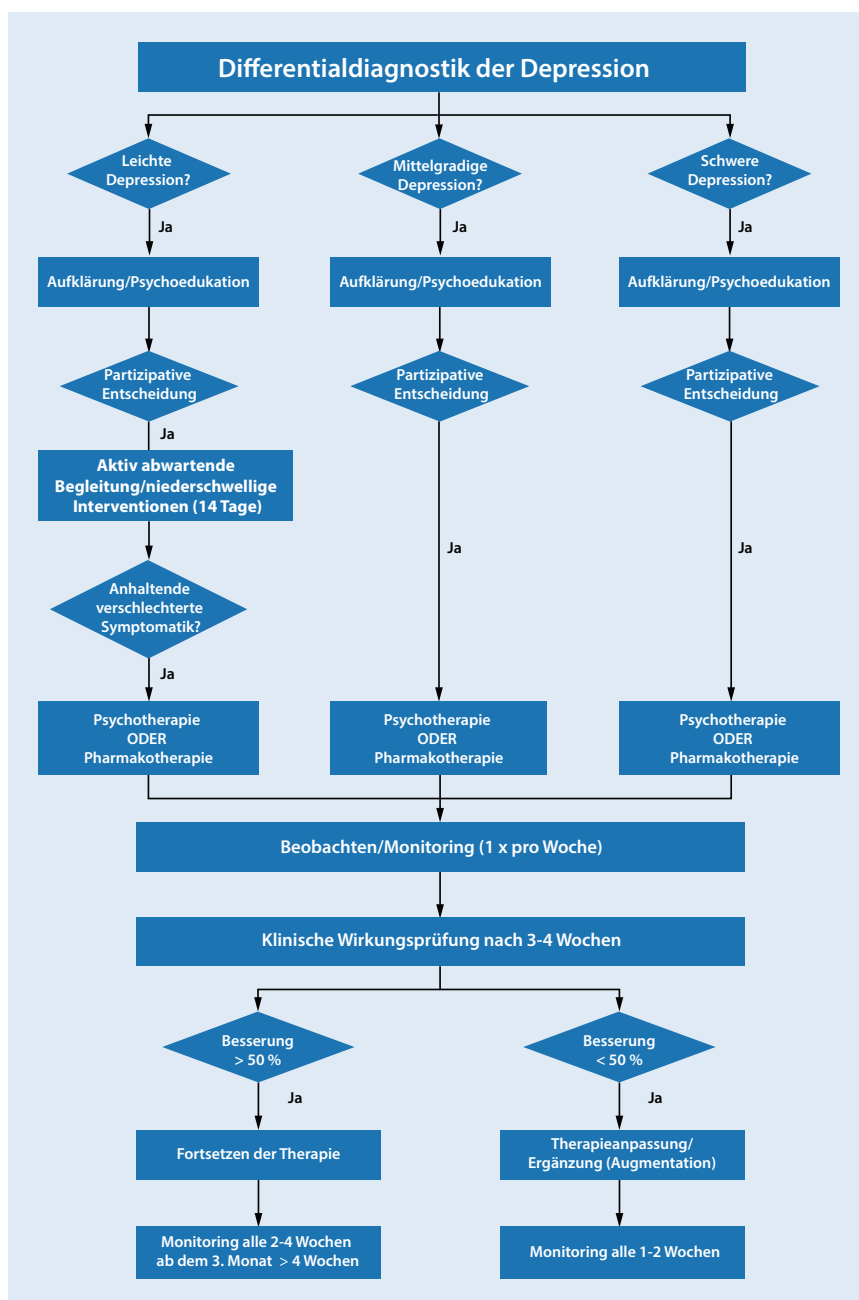


Abb. 1 ▲ Therapie depressiver Störungen [4]. (Aus S3-Leitlinie/NVL „Unipolare Depression“, S. 59, Langfassung, 2. Auflage, Version 3. © ÄZQ, DGPPN, BÄK, KBV und AWMF 2015)

tieren [7, 8]. Turner et al. [9] berichten über die in der Pharmakotherapieforschung im Bereich der Antidepressiva verbreitete Tendenz eines ausgeprägten Publikationsbias. Kirsch et al. [10] führten eine Metaanalyse über die sehr starke Placebowirkung von Antidepressiva durch, wonach bis zu 50 % der Wirkung von Antidepressiva auf Placeboeffekte zurückzuführen sind. Auf Seiten der Psychotherapieforschung wurde hingegen eine unzureichende externe Validität

thematisiert, die Unmöglichkeit zur Verblindung der Patienten, des Therapeuten und des Raters, der Noceboeffekt der Kontrollgruppen (Wartegruppe), mit dem verzerrten Ergebnis hoher Effektstärken, eine unzureichende Beachtung naturalistischer Therapien sowie die Länge und Dosis von Psychotherapien, da für die Bewertung im Rahmen evidenzbasierter Medizin (EBM zentral in der Erstellung von Leitlinien) zumindest die Mitführung von randomisierten

Kontrollgruppen erforderlich ist und hier vor allem Kurztherapien mit max. 50 h durchgeführt wurden. Randomisiert kontrollierte Studien (RCTs, höchste Evidenz für die Leitlinienerstellung) sind in naturalistischen Psychotherapiebehandlungssettings schwer valide durchführbar (Verblindung nicht möglich, Allegiance-Effekt, sehr hoher Aufwand adäquater Kontrolldesigns, schwer isolierbarer Placeboeffekt) und stoßen auf erhebliche methodische Probleme, etwa Patientenselektion, Zeitrahmen (bisher vor allem Kurztherapien mit wenigen dutzend Stunden), größere Bedeutung von Kontextfaktoren, Limitationen der Einschlusskriterien, Güte der Diagnostik, der therapeutischen Ausbildung, Passungsfaktoren der Therapeuten.

» Bei Psychotherapien ist die längere Wirklatenz zu beachten

Besonders die randomisierte Zuweisung in Studien ist in der Praxis schwer umsetzbar, haben doch gerade in der Psychotherapie die „Passung“ in Form vertrauensvoller und emotional tragfähiger Beziehung zwischen Patient und Therapeut und die Präferenz der Patienten für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen im klinischen Alltag hohe Bedeutung. Des Weiteren variiert der Effekt einer Psychotherapie mit dem Grad der Aktivität der Kontrollbedingungen, und der schweren Vergleichbarkeit von Kontrollgruppen (Wartegruppe, Placebo, supportive Gespräche).

Integration verschiedener Techniken unterschiedlicher Schulen am besten wirksam – der erfahrene Therapeut?!

Störungsspezifisch haben sich im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie viele verschiedene Ansätze für Einzel- und Gruppensetting entwickelt wie kognitive Therapie, ACT (Akzeptanz- und Commitmenttherapie) und MBCT (achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie) in der Gruppe. Auch die IPT (interpersonelle Psychotherapie) ist eine spezifisch für depressive Erkrankungen entwickelte Kurzzeittherapiemethode mit 12–20

wöchentlichen Einzelsitzungen, die bewährte Konzepte aus Verhaltenstherapie und psychodynamischer Therapie nutzt. CBASP („Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy“) speziell zur Behandlung chronischer Depressionen, als störungsorientierte Psychotherapie, inkludiert als schulenübergreifendes Konzept psychoanalytische Konzepte und Techniken, Beziehungsanalysen zu wichtigen Bezugspersonen, eine Situationsanalyse der gegenwärtigen Beziehungserfahrungen, interpersonelle Diskriminationsübungen, Fertigkeiten-training und Hilfestellungen zur Modifikation inadäquater Verhaltensweisen.

» In psychodynamischen Psychotherapien werden strukturelle Veränderungen angestrebt

Im psychiatrischen Diskurs versteht man unter Therapieerfolg in erster Linie eine Symptomreduktion, in psychodynamischen Therapieformen wird ein nachhaltiger Therapieerfolg durch strukturelle Veränderungen angestrebt [11].

In psychodynamischer Psychotherapie befindliche Patienten erzielen nicht nur einen andauernden therapeutischen Gewinn, sondern verbessern sich mit der Zeit auch weiterhin. Auch nichtpsychodynamische Therapien sind zusätzlich deswegen wirksam, da sachkundige Therapeuten Interventionen und Techniken anwenden, die für die psychodynamische Theorie und Praxis seit langem selbstverständlich sind [12]. Des Weiteren erklärt die höhere Dosis von psychodynamischen Langzeitpsychotherapien bei weitem nicht ausreichend langfristige strukturelle Veränderungen, sondern sehr wohl spezifische Techniken. Es konnte gezeigt werden, dass Empathie, einsichtsorientierte Techniken und die Arbeit an der therapeutischen Beziehung als bedeutsame Techniken und therapeutespezifisches Verhalten auch von erfahrenen Verhaltenstherapeuten verwendet werden. Einsichtsorientierte Techniken und eine supportiv-direkte Haltung stehen in Zusammenhang mit einer Verringerung gravierender

psychopraxis.neuropraxis 2016 · 19:186–191 DOI 10.1007/s00739-016-0350-x
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

K. Stastka

Psychotherapie bei Depression. 1. Teil

Zusammenfassung

Als prognostisch 2030 häufigster Erkrankung kommt depressiven Störungen besondere Bedeutung in Prävention und Behandlung zu, vor allem aufgrund der erheblichen Einschränkungen des psychischen und physischen Befindens, sozialer Bindungen sowie Arbeits- und Funktionsfähigkeiten. Psychotherapie ist in der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ für die akute Behandlung der unipolaren Depression sehr aufgewertet. Bemerkenswert ist, dass bei allen Schweregraden der Depression allgemein Psychotherapie empfohlen wird,

als Monotherapie oder in Kombination. Längerfristige Psychotherapien werden in ihrer nachhaltigen Wirkung unterschätzt. Die aktuelle Evidenzlage auf Basis des empirischen Forschungsparadigmas mit Auswirkung auf die klinische Praxis wird reflektiert.

Schlüsselwörter

Depression · S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ · Psychotherapie · Evidenz · Kombinationsbehandlung

Psychotherapy for depression. Part 1

Abstract

Due to significant limitations in mental and physical being, social relationships, and working and functional abilities, prevention and treatment of depressive disorders—predicted to be the most common disorder in 2030—are of particular importance. In the S3 guideline Unipolar Depression, psychotherapy has gained in significance for the acute treatment of unipolar depression. It is noteworthy that psychotherapy is in general recommended as monotherapy or in combination in all degrees

of severity of depression. The lasting effects of longer-term psychotherapies are often underestimated. A reflection of the current body of evidence based on the empirical research paradigm and its impact on clinical practice is presented.

Keywords

Depression · S3 guideline “Unipolar Depression” · Psychotherapy · Evidence · Combination therapy

zwischenmenschlicher Schwierigkeiten, was sich in längeren psychoanalytischen Therapien wiederum in der Abnahme der Neutralität und Zunahme supportiv-direktiven Vorgehens zeigt [13]. Dies steht im Einklang mit der Erfahrung, dass in fortgeschrittenen Therapien aus Mittschnitten der Interventionen erfahrener Therapeuten oft nicht auf die Provenienz des Therapeuten (Schule) geschlossen werden kann.

Integration der Techniken bei erfahrenen Therapeuten und erst bei längerfristigen Psychotherapien wirksam?!

Die Effektgrößen für die psychodynamische Psychotherapie sind ebenso groß wie die für andere Therapien und steigen über die Zeit an, auch nach Therapiebeendigung, womit ein andauern-

der therapeutischer Gewinn konstatiert werden kann [12]. Bei langzeitpsychodynamischer Psychotherapie bei komplexen und chronischen Depressionen wurden ein bis zwei Jahre nach Therapiebeginn mittlere Effektstärken konstatiert, Fonagy [14] findet aktuell keine erheblichen Effektivitätsunterschiede psychodynamischer Therapieformen zu Verhaltenstherapieformen, allerdings liegen für psychodynamische Therapien noch keine ausreichenden Fallzahlen vor, um eine Äquivalenz zu konstatieren.

Unzureichende Studienlage zu Auswirkungen längerfristiger Psychotherapien

Aus der geringeren Anzahl von RCTs für spezifische Behandlungsverfahren wie Psychoanalyse und längerfristige psychodynamische Therapien kann jedoch

andererseits nicht geschlossen werden, dass diese unwirksam oder schlechter wirksam sind. So ergab sich, dass für Verfahren wie die Verhaltenstherapie eine erheblich größere Anzahl RCTs vorliegt als für insbesondere tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse mit Stundenanzahlen über 50 h und geringen Fallzahlen.

Fallstrick globale Empfehlung von Psychotherapie?

Die Langversion der S3-Leitlinie versucht dem gerecht zu werden, indem keine spezifische Empfehlung für ein Verfahren ausgesprochen wird, für alle untersuchten Verfahren die vorliegenden Studien (RCTs und Metaanalysen) angeführt werden und bei Nichtvorliegen auch naturalistische Studien berücksichtigt werden. Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen von RCTs haben weiterhin die stärkste empirische Evidenz bei der Beurteilung der Wirksamkeit von Behandlungen.

Zwischen störungsspezifischen Therapieverfahren fanden sich keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede [15]. Diese vergleichbare Wirksamkeitsfeststellung wird laufend bestätigt und muss aufgrund der unterschiedlichen Forschungsparadigmen diskutiert werden. Die zentrale Botschaft darf dabei nicht übersehen werden: Die Leitlinien werten die Psychotherapie in der Behandlung der unipolaren Depression sehr auf!

Allgemeine Empfehlungen als Ausweg?

Die Etablierung von Empfehlungsgraden hat sich hier als praktisch am hilfreichsten erwiesen.

Die Empfehlungsgrade in der Darstellung der S3-Leitlinie „Unipolare Depression werden in 4 Graden ausgewiesen, die in der **Tab. 2** zusammengefasst werden.

Zahlreiche Metaanalysen weisen nach, dass der Nutzen für verschiedene Psychotherapiebehandlungsformen und Patientengruppen hoch ist [16, 17, 18]. Die globale Effektstärke zwischen Psychotherapie und unbehandelter Kontrollgruppe liegt demnach zwischen 0,60 und 0,88. Die Effektstärke im Vergleich

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 2 Vier Empfehlungsgrade laut S3-Leitlinie

A „Soll“-Empfehlung	Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz
B „Sollte“-Empfehlung	Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung
O „Kann“-Empfehlung	Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren
KKP „Klinischer Konsenspunkt“	Empfohlen als gute klinische Praxis („good clinical practice point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist

zu Placebo liegt zwischen 0,20 und 0,40, womit Psychotherapie mit zusätzlich einer niedrigen NNT („number needed to treat“) wirksamer als viele Behandlungen körperlicher Erkrankungen ist. Allerdings variiert die Effektivität mit Schweregrad, Chronizität und Symptomausgestaltung.

Generell sind die Abbruchraten der validierten Psychotherapieformen geringer als bei Pharmakotherapie. Psychotherapeutische Behandlungen haben nachhaltigere Effekte als eine Pharmakotherapie.

Geringere Wirkung durch Publikationsbias?

Mittlerweile ist ein Publikationsbias auch für die Psychotherapieforschung als gegeben anzusehen [15]. Die Autoren der Metaanalyse führten an, dass psychotherapeutische Behandlung wirksam ist und spezifisch, allerdings wie bei Antidepressiva weniger als die veröffentlichte Literatur angibt. Durch Einbezug der unpublizierten Studien reduziert sich die durchschnittliche Effektstärke für Psychotherapie bei Depression um 25 %.

Bereits 2010 zeigte eine Metaanalyse von Cuijpers et al. [19], dass die berichteten Effekte für Psychotherapie gegenüber Kontrollbehandlungen in qualitativ hochwertigen Studien durchschnittlich geringer ausfallen, was auf eine Überschätzung der Wirksamkeit von Psychotherapie hindeutet.

In einer Metaanalyse des Publikationsbias 2010 [20] wurde eine Reduktion der Effektstärken um etwa ein Drittel (Reduktion der mittleren Effektstärke von 0,67 auf 0,42) im Bereich kürzer angeleg-

ter kontrollierter Psychotherapiestudien gefunden.

Eine weitere Metaanalyse bestätigt einen unangemessen hohen Anteil signifikant positiver Psychotherapieergebnisse [21].

So wie in der Pharmakotherapieforschung seit längerem ist auch in der Psychotherapieforschung in Zukunft eine Verbesserung der Qualität der Studien – und diese vor allem unter Praxisbedingungen – durchzuführen.

Diskussion

Die Psychotherapie hat einen wesentlichen Stellenwert in der Behandlung der Depression, vor allem in der Akutphase. Zu den Effekten längerfristiger psychotherapeutischer Behandlungen liegen noch wenige Studien vor. Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin können aufgrund interdisziplinären Denkens und Verstehens biopsychosozialer Spannungsfelder gezielt intervenieren, den Bedürfnissen der Patienten effektiv entsprechen und dadurch wirksam werden. Zunehmend werden Langzeiteffekte von Psychotherapie gesundheitspolitisch und -ökonomisch relevant und rücken in den Fokus therapeutischen Handelns.

Im Folgeartikel in der nächsten Ausgabe wird auf die S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ detailliert eingegangen.

Leitfragen

- Ist Psychotherapie Allheilmittel in der Behandlung von Depressionen?
- Helfen Leitlinienempfehlungen in klinischen Entscheidungsprozessen?

- Wissenschaftstheoretische und -methodische Spannungen und Unvereinbarkeiten zwischen empirischen quantitativen und qualitativen hermeneutischen Ergebnissen – ein befruchtender Dialog?

Fazit für die Praxis

- Psychotherapie ist in der akuten Behandlung der unipolaren Depression sehr aufgewertet.
- Bei allen Schweregraden der Depression ist Psychotherapie sinnvoll und empfehlenswert.
- Längerfristige Psychotherapien werden in Ihrer nachhaltigen Wirkung unterschätzt.

Korrespondenzadresse



© Privat

Prim. Dr. K. Stastka

Psychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital und Geriatriezentrum Favoriten
Kundratstraße 3, 1100 Wien, Österreich
kurt.stastka@wienkav.at

Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Stastka gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: The treatment and management of depression in adults. 2009, NICE Clinical Guideline 90

2. Bauer M et al (2007) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *World J Biol Psychiatry* 8:67–104
3. Karasu TB et al (2000) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 157:1–45
4. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression* (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 3. Abrufbar unter: www.depression-versorgungsleitlinien.de. Zugriffen: 26.09.2016. doi:10.6101/AZQ/000277. (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, ACKPA, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVt, DPG, DPV, DptV, DVT, GwG, Stiftung Deutsche Depressionshilfe)
5. Berger M et al (2009) Depressive Störungen. Stellenwert psychotherapeutischer Verfahren. *Nervenarzt* 80:540–555
6. Driessen E, Hollon SD, Bockling CLH, Cuijpers P, Turner EH (2015) Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded Trials. *PLOS ONE*. doi:10.1371/journal.pone.0137864
7. Schauenburg H, Leiendecker C, Simon R, Küchenhoff J, Franz M (2009) Neue Depressionsleitlinien – Zentrale Rolle der Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55(4):354–364
8. Härter M et al (2010) Evidenzbasierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen – was empfiehlt die neue S3-/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ wirklich? *Z Psychosom Med Psychother* 56:334–342
9. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 358:252–260
10. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (2008) Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLOS Med* 5:e45
11. Kernberg OF (1991) Psychic structure and structural change: an ego psychology-object relations theory viewpoint. In: Shapiro T (Hrsg) *The concept of structure*. International Universities Press, Madison, Connecticut
12. Shedler J (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 65(2):98–109
13. Zimmermann J, Löffler-Stastka H, Klug G et al (2015) Is it all about the dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clin Psychol Psychother* 22(6):469–487. doi:10.1002/cpp.1917
14. Fonagy P (2015) The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 14(2):137–150
15. Wampold BE et al (2002) A meta – (re)analysis of the effects of cognitive therapy versus „other therapies“ for depression. *J Affect Disord* 68(2–3):270–376
16. Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. Aufl. Wiley, New York
17. Markgraf J (2009) Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturschau. Springer, Heidelberg, Berlin, New York
18. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA et al (2015) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clin Psychol Rev* 42:1–15
19. Cuijpers P et al (2010) The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 40(2):211–223
20. Cuijpers P et al (2010) Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 196(3):173–178
21. Flint J et al (2014) Is there an excess of significant findings in published studies of psychotherapy for depression? *Psychol Med* 25:1

Hier steht eine Anzeige.